Lane Medical Library 1926

Kasuistischer Beitrag zum Sarcoid Boeck

(Miliarlupoid Boeck)

—=—

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

Vorgelegt von

Josef Forster, pr. Arzt aus Vilsbiburg (Nby.)

Tag der mündlichen Prüfung:

5. Juli 1926

—=—

1928

Altbayerische Verlagsanstalt A.-G.

Burghausen

Referent: Prof. DR. HAUCK
Dekan: Prof. DR. REINMÖLLER

Meinem sehr verehrten Gönner Herrn Univers.Prof.

DR. J. HELL, ERLANGEN,

ergebenst zugeeignet

Dem Andenken
meines teueren verstorbenen Vaters und
meiner lieben Mutter
aus Dankbarkeit gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154019_0158

A.) Allgemeines über TUBERKULIDE.

Unter dem Namen Tuberculide fasst man eine Reihe von Erkrankungsformen der Haut zusammen, deren Zusammenhang mit der Tuberculose als höchst wahrscheinlich angenommen wird. Sie sind sehr oft die Begleiterscheinungen anderweitig lokalisierter Tuberculose (Drüsen, Knochen, Haut). Von echten Hauttuberculosen unterscheiden sie sich durch gewisse, characteristische Hauptmerkmale, wie Benignität, disseminiertes, schubweises Auftreten, u. zwar sehr gerne in symetrischer Anordnung, Neigung zu spontaner, spurloser oder atrophischer Verheilung, nicht ausgesprochen tuberculöse Structur, meist fehlenden Bacillennachweis u. sehr häufig negative Ergebnisse der Impfversuche.

Diese eigentümlichen Merkmale haben zu der Hypothese Anlass gegeben, dass es sich bei diesen Hautaffectionen um eine Fernwirkung der Tubercelbacillen durch ihre Toxine handle. Andere Autoren traten für die Anschauung ein, dass die Tuberculide das Product einer echten, bacillären Infection mit abgeschwächtem oder totem Bacillenmaterial seien. Man kann hiefür die Tatsache geltend machen, dass eine Anzahl, bis vor kurzem noch zu den Tuberculiden gerechneter Hautkrankheiten heute in der Reihe der wirklichen Hauttuberculosen genannt wird, so: Lichen scrophulosorum, Acne teleangiectodes u. in letzter Zeit auch das Erythema induratum (Bazin). Wenn gerade bei diesem letzteren in der Mehrzahl der Fälle auch keine Tubercelbacillen gefunden wurden, u. der Tierversuch negativ ausfiel, so wurde doch vereinzelt in Serienschnitten der Bacillennachweis erbracht u. Meerschweinchen-Impfungen ergaben positives Resultat. Das histologische Bild des Erythema indurat. zeigt Riesenzellen, lymphocytäre Infiltration u. Epitheloidzellen wie das einer echten Hauttuberculose, jedoch sind zentrale Necroseherde selten.

Die neuesten Anschauungen über die Tuberculide sehen deren Ätiologie in einer Allergie der Haut, welche bei einem Tuberculösen auf die (meist hämatogen erfolgende) Invasion mit Tubercelbacillen ganz anders reagieren kann wie die eines gesunden Menschen u.

zur Bildung bacillenarmer-oder-freier Krankheitsherde führt. In diesen entgehen die Tubercelbacillen bei ihrer geringen Anzahl der microscopischen Musterung oder sie zerfallen bald.

Dass die Zugehörigkeit mancher Hauterkrankungen zu den Tuberculiden vielfach umstritten ist, ist leicht erklärlich. Denn bei der ausserordentlichen Vielgestaltigkeit, in der tuberculöse Hautaffecte erwiesenermassen auftreten können, ist es nicht unwahrscheinlich, dass der Kreis der echten Hauttuberculosen noch mancherlei Zuwachs aus der Reihe der Tuberculide erfährt. Als sicher zu den Tuberculiden dürften z. Zt. folgende zu rechnen sein: die Dermatitis nodularis necrotica, die Folliclis u. Acnitis, zusammengefasst unter dem Namen: papulo-necrotische; ferner die Acne cachecticorum. Auch waren bisher in dieser Gruppe aufgeführt: der Lupus pernio und die sogenannten *SARCOIDE*. Diese letzteren weisen wiederum 2 Unterarten auf: die subcutanen (Darier-Rouzy) u. die cutanen (Boeck). Doch ist ihre Zugehörigkeit hieher heute vielfach umstritten. Zieler z. B. rechnet das Sarcoid Boeck (im folgenden mit »S. B.« bezeichnet) sowie Lupus pernio, welche er identifiziert, nicht mehr zu den Tuberculiden.

Von dem Miliarlupoid Boeck soll nun im Folgenden die Rede sein.

B.) Das BOECKSCHE SARCOID.

(Ein specieller Fall u. Allgemeines).

Im Vergleich zu den subcutanen Sarcoiden *DARIEN-ROUZY* verdient weit mehr das cutane S. B., es als selbstständigen Krankheitstyp anzuführen; denn es hat in klinischer Hinsicht einen viel ausgeprägteren Eigencharacter als erstere. Dazu ist es als eine ganz seltene Hautaffection zu bezeichnen, die sogar in einer Klinik mit reichlichem Hautmaterial möglicherweise jahrelang durch keinen Fall vertreten sein kann. Wegen dieses seltenen Vorkommens bietet fast jeder einzelne Casus genügend Anlass, ihn zu veröffentlichen, wenn nicht schon aus dem Grunde, um aus dem reichen literarischen Material mehr als bisher noch die Ätiologie u. überhaupt das Wesen dieser Krankheit zu klären. Darum sei zuerst über einen Fall mit S. B. aus dem Ambulatorium der Universitätshautklinik Erlangen (Vorstand: Prof. Dr. L. Hauck) berichtet.

Krankengeschichte.

Patient J. B., 40 Jahre alt, verheiratet.

Vorgeschichte: Eltern angeblich nie krank gewesen. Vater innerhalb 3 Tagen gestorben (Krankheit unbekannt, da Pat. in dieser Zeit an der Front), Mutter an Ascites gestorben. Geschwister: ein Bruder lebt, gesund. Frau u. 2 Kinder (6 u. 8 Jahre) gesund.

Frühere Krankheiten: nie ernstlich krank gewesen; während des Krieges (16. Nov. 16.—7. Juli. 17.) im Lazarett wegen Nephritis, aber seitdem keinerlei Beschwerden von Seiten der Nieren. Potus u. Infectio venerea negatur.

Besondere Anamnese: Ungefähr im Frühjahr 1924 bemerkte t. am lk., äusseren Augenwinkel eine ca. erbsengrosse, rötliche elle, die bald ins Bläulich-rote überging. Nach 3—4 Wochen rschwand sie wieder, ohne bis dahin grösser geworden zu sein. Jahr später an der gleichen Stelle dieselbe Erscheinung; diesmal er in der Grösse eines 2-Pf. Stückes, von hellroter Farbe. Auch ese Efflorescenz verging wieder. Dieser Vorgang spielte sich noch . 3—4 mal in der gleichen Weise ab, bis zuletzt vor annähernd nem Jahre die Efflorescenz erneut auftrat, auch wieder 2 Pf.-ückgross, dann aber sehr rasch zunahm bis zu der Grösse, wie e im Localbefund beschrieben. Dieser Hautaffect heilte August 1925 ohne Hinterlassung irgend einer Spur. Weitere 3 Wochen nach eser Abheilung (Mitte Sept. 25.) trat an derselben Stelle sowie n rechten äusseren Augenwinkel (Lobalbefund 1) die gleiche rscheinung wieder auf, diesmal wieder in der gegenwärtigen Grösse, n 8—10 Tage später unter dem Einfluss specialärztlicher Behandlung ie in den früheren Stadien sich ganz zurückzubilden.

Ende Nov. 25. erschien auf der lk. Wange die gleiche Efflorescenz nter dem lk. äusseren Augenwinkel, die noch vor Weihnachten 25 rschwand (Pigmentrest). An Weihnachten 1925 derselbe Vorgang nter dem lk. Ohre (Localbefund 4). Seit 14 Tagen bestehen, st gleichzeitig auftauchend, die Hautaffectionen am rechten äusseren ugenwinkel u. R. Wange. Ein paar Tage darauf kam die Krankheits-scheinung am lk. äusseren Augenwinkel zum Ausbruch und vor wa 8 Tagen die Knötchen unter dem linken Kieferbogen. Mit usnahme eines vereinzelten Falles hatte Pat. nie irgendwelche bjectiven Beschwerden, wie Jucken u. s. w.

Befund: 40-jähriger, kräftig gebauter Mann in gutem rnährungszustand. Sichtbare Schleimhäute gut durchblutet, leicht terische Verfärbung der Cornea.

Gesicht: s. Localbefund!

Hals u. Rachen: o. B; keine Drüsenschwellungen.

Herz: normale Grenzen. Töne rein. Action kräftig. Puls: egelmässig, voll, 64.

Lungen: gute Verschieblichkeit der hint. unt. Grenzen; leichte mphysem-Form des Thorax. Ueberall reines Vesiculäratmen.

Abdomen: o. B.

Nervensystem: o. B.

Harn- u. Geschlechtsorgane: o. B.

Urinbefund: E: —; Z: —; Sedimente: einige Leucocyten, ereinzelt Erythrocyten.

Extremitäten: o. B.; keine Narben, keine Hautaffectionen.

Blutbild: Hb. 95 %
Erythrocyten 3 700 000
Leucocyten 5 800

Poly	71 %
Lympho	24 %
Eos.	3 %
Ueberg.	1 %
Mastz.	1 %

Localbefund 1: Auf der R, Geschichte 2 scheibenförmig Herde; der eine 2 cm seitwärts vom äusseren Orbicularwinkel von ziemlich ovaler Form u. mit einem Längsdurchmesser von 4 u. einem Breitendurchmesser von ca. 2,5 cm. Der untere Herd befindet sich 2 cm unterhalb des r. Auges, die Form ist meh rundlich, die Masse sind hier 2:3 cm. Die Herde sind nicht scharf begrenzt, von lebhaft braunrötlichem Farbton; sie überragen leich das umgebende Hautniveau; die Haut ist deutlich infiltriert u. von weichteigiger Consistenz. Bei Druck mit dem Glasspatel bleibt be vollständiger Anämisierung des Gewebes eine ausgesprochen gelblich-bräunliche Verfärbung zurück, die genau denselben Farbenton aufweis wie bei Lupusknötchen, jedoch mit dem Unterschiede, dass kein deutlich umschriebene Knötchenbildung sichtbar ist, sondern meh eine diffuse, staubwolkenartige Farbenverteilung.

Neben den bisher beschriebenen Hauptveränderungen fällt an den Krankheitsherden noch auf eine reichliche Anordnung feinster Teleangiectasien. Schuppung an den Efflorescenzen ist nicht vorhanden; doch tritt bei leichtem Kratzen mit dem Fingernagel feinste, kleinste Schuppung zu Tage. Bei der Infiltration handelt es sich um eine rein cutane; denn die verdickten Hautpartieen lassen sich gut über der Unterlage verschieben. Bei dem Herd unterhalb des r. Auges findet man dazu noch neben dem unscharf umschriebenen Rande in der Peripherie vereinzelte, kleine, etwa stecknadelkopfgrosse Knötchen.

2. Direct neben den lk. äusseren Augenwinkel, nach dem Ohre zu, zeigt sich ein weiterer Krankheitsherd von annähernd rundlichem Aussehen u. einem Durchmesser von ca. 3 cm, ebenfalls unscharf begrenzt u. von derselben Farbe wie die oben beschriebenen doch ist die Farbe etwas blasser als die der erwähnten, aber auch von braunrötlicher Färbung. Die Hautinfiltration dieser Efflorescenz tritt noch deutlicher als an den vorigen hervor u. zwar besonders an den Randpartieen, während das Zentrum viel flacher ist. Das Infiltrat scheint hier in Rückbildung begriffen zu sein. Auch hier wieder feinste, kleienförmige Abschuppung beim Kratzen mit dem Fingernagel.

3. Ein 4. Herd mit etwas ovalem Aussehen zeigt sich hinter dem lk. Ohre. Hier ist die erkrankte Hautpartie ziemlich scharf abgegrenzt gegen die gesunde; ein etwa 0,3—0,5 cm breiter Rand zeichnet sich deutlich, wallartig erhaben, von dem eingesunkenen, flachen zentralen Teil ab. An dieser Stelle fällt schon ohne Kratzen mit dem Fingernagel feinste, kleinste Schuppung auf. Die Farbe

dieser Stelle ist blasser als an den übrigen Herden; die übrigen erkmale sind dieselben.

4. Unterhalb des lk. Ohres, entlang des Unterkieferrandes det man noch 6, etwa linsengrosse Knötchen eingestreut von issig derber Consistenz, rotbrauner Färbung u. ganz feiner, geringer schuppung auf der Kuppe. Bei Druck mit dem Glasspatel bleibt ch hier nach der Anämisierung des Gewebes die gelbbraune, ffus verstreute Färbung zurück.

5. Ein einzelnes, kleines Knötchen findet sich auf der lk. irnseite oberhalb des unter 3 beschriebenen Herdes.

6. Unterhalb des Hautaffectes am lk. äusseren Augenwinkel llt eine stark braune Pigmentierung auf mit noch gering fühlbarer filtration, ohne dass aber ein Krankheitsherd deutlich mehr sichtbar äre. Dagegen findet sich an dieser Stelle eine sehr stark und utlich ausgeprägte, eingelagerte, diffus verstreute Gelbbraunfärbung if Druck mit dem Glasspatel. Eine atrophische Stelle ist nirgends finden. Drüsenschwellungen wurden nirgends festgestellt.

Histologie: Das microscopische Bild ergab folgenden efund: Scharf umschriebene Herde meist ephitheloider Zellen in r Subcutis, bes. aber auch in der Cutis gelegen. An anderen Stellen r Präparate fanden sich mehr strangförmige oder diffuse Infiltrate olymorpher Zellen, in welchen Lymphocyten, Mast- u. Plasmazellen hr spärlich vorhanden sind. Die Infiltrate sind meist deutlich um efässe gelagert. Gefässe wenig verändert, etwas erweitert, keine timawucherung.

Nachtrag vom 15. 5. 26.: Pat. kommt heute wieder ir Entfernung der Fäden. Excisionsstelle: Wunde per primam rheilt. Es fällt auf, dass der Erkrankungsherd, aus dem in der beren Partie excidiert wurde, nur noch ganz minimal infiltriert ist das Colorit sich nur noch durch eine ganz leichte Braunrotfärbung n der Umgebung unterscheidet. Die Herde unter u. hinter dem . Ohr sind nicht mehr zu sehen. Unter dem r. Auge ist der rankheitsprocess wesentlich weicher u. blasser geworden u. zeigt st keine Schuppenbildung mehr. Am wenigsten Rückbildung zeigt r Process über dem r. Jochbogen; doch ist auch hier bedeutendes urückgezogensein der Infiltration u. ein Abblassen des Hautcolorits stzustellen. In den unteren Partieen dieses Krankheitsherdes ist ch deutliche Schuppenauflagerung zu sehen. Durch die nach oben u einsetzende Rückbildung hat der zuletzt beschriebene Krankheitsherd wa Nierenform angenommen.

14. 6. 26.: Bei der heutigen Vorstellung des Kranken werden ehrere neue Herde in der Gegend des lk. inneren Augenwinkels, nter dem r. Auge u. vor allem ein 1-Pf. stck. grosser Herd in r Gegend der Lendenwirbelsäule festgestellt. Ueberall deutliche lbliche Einlagerungen auf Spateldruck u. deutliche Prominenz der florescenzen.

Therapie: Röntgenbestrahlung des Herdes ausserhalb der r. Auges. Arsen in Tropfen.

Nachtrag vom 28. 6. 26.: Auf der r. Wange 3 Herde von etwa 3 M.-stck-Grösse, von denen die oberen zwei ineinander übergehen u. confluieren. Das Aussehen unterscheidet sich sonst nicht von dem früher beschriebenen Befund. Auch hinter u. unterhalb des r. Ohres einzelne kleine, linsengrosse Knötchen. Eine etw. 1-M. stück-grosse Stelle in der lk. Occipitalgegend. Alle Stellen tragen den Character des cutanen Infiltrates. Am Rücken ist die Hautaffection verschwunden.

Tierversuch: Die Section des am 8. Mai mit einem aus einer erkrankten Hautstelle exidierten Gewebsstück implantierten Meerschweinchens ergab am 24. 6. 26. folgendes Bild: An der der Implantation entsprechenden Stelle findet sich ein klein-kirschkerngrosser, gelblicher, weicher Körper, der macroskopisch fettähnlich aussieht.

Microskopisch lassen sich im Schnitt noch Reste des seinerzeit implantierten Gewebsmaterials in Form von umschriebenen Infiltratherden mit nicht sehr dichter Zellanordnung, die im wesentlichen aus Rundzellen bestehen, nachweisen. Die Herde sind schon teilweise sehr stark vascularisiert u. in Resorption begriffen. An einzelnen Stellen Einlagerung von Blutpigment. Nur ganz spärlich Epitheloidzellen sichtbar, Riesenzellen lassen sich nicht mehr feststellen. Das umgebende, vom Meerschweinchen stammende Gewebe erscheint nicht gestört. Die Serosa der Bauchwand ist pathologisch nicht verändert. Keine fleckigen Einlagerungen. Leber, Milz u. Nieren von normaler Grösse, Consistenz u. Farbe. Magen u. Darmschlingen reichlich gefüllt, ohne abnormen Befund. Brusthöhle: Lunge zart gelblich-rosa, nirgends verwachsen. Herz von entsprechender Grösse, im Herzbeutel keine vermehrte Flüssigkeit, keine Verwachsungen. Brustspeicheldrüse von normaler Consistenz, Farbe u. Grösse.

Zu den näheren Ausführungen sei einleitend vorweg genommen dass Boeck zum ersten Male 1899 diesen Krankheitstyp beschrieben hat u. seine Schilderung ist so vorbildlich, dass sie noch heute immer wieder als Schema bei jeder Beschreibung dient, hauptsächlich was die Klinik dieser Erkrankung betrifft.

Begonnen sei mit den **Macroscopischen Erscheinungsformen,** in denen uns diese Hautläsion vor Augen tritt, und da können wir 3 Arten unterscheiden, nämlich:

1.) die kleinknotige, disseminierte,
2.) die grossknotige, herdförmige u.
3.) die diffus infiltrierende Form.

Die erstere nun besteht aus zahlreichen, exanthematösen, in Halbkugelform hervorragenden, papulösen Efflorescencen, in der Grösse wechselnd zwischen der eines Stecknadelkopfes bis zu der

r Erbse. Daneben können kleine, die Oberfläche nicht überragende, förmige Läsionen auftauchen; dagegen sind seltener lichenoide, kleinen, einzelnen Efflorescencen confluierende Herde.. Die eln sind von derber Consistenz u. lassen sich leicht als cutane trate palpieren. Im Anfangsstadium, welches *BOECK* als das dium der Turgescenz bezeichnet, ist ihre Färbung eine hellrote, nach kurzer Zeit einen mehr lividen oder bräunlichen Ton unehmen. Bei Druck mit dem Glasspatel ergeben sie ein anderes l als Lupusherde. Während man bei diesen einzelne Knötchen deutlicher Apfelgelee-Farbe beobachtet, sieht man hier sehr viele gebliche bis gelblich-bräunliche, feinste Stippchen u. Fleck-n, die meist confluieren u. sich hie u. da als graue oder grau-bliche „Staubwölkchen" zeigen, welch letztere Art geradezu racteristisch für das B,sche Sarcoid ist. Im weiteren Verlauf dann die Hautaffection in der kleinknotigen Form in das en. Pigmentationsstadium, in dem die gelblichbräunliche Tönung der Oberfläche der sich allmählich zurückbildenden Efflorescencen h stärker hervortritt, verbunden mit feinster Abschilferung an Oberfläche, bis das Krankheitsbild sein letztes Stadium, das der angiectasie-bildung erreicht, gekennzeichnet durch das Auftreten lreicher, erweiterter, kleinster Gefässe im Gebiet der erkrankten ıtstelle. Dem teleangiectatischen Stadium folgt schliesslich eine ntane Abheilung, entweder mit dem Restzustande eines braunen menfleckes, der auch nach einiger Zeit wieder spurlos verschwindet, r einer ganz feinen, glatten Atrophie.

Wie bei jeder anderen Krankheit ist natürlich auch hier eine nahme von diesem sonst regelmässigen Ablaufe möglich, abgesehen ev. therapeutischer Beeinflussung, wovon später die Rede sein soll.

Es ist auch nicht selten, dass man alle Stadien nebeneinander findet. Dies ist der Fall, wenn die einzelnen Efflorescencen in lich von einander getrennten Schüben an verschiedenen Stellen treten u. somit die zuerst aufgetauchten, normalen Verlauf voraus-etzt, beim Erscheinen späterer Affeckte schon das eine oder ere Stadium hinter sich haben.

Um nochmals den spontanen Abheilungsvorgang zu erwähnen, sei bemerkt, dass derselbe das gleiche Endbild bei der ssknotigen, herdförmigen Art, vor allem das der Pigmentierung r Teleangiectasiebildung zeigt. Ausgang in Atrophie ist hier aber ener. Ulceration oder Erweichung wurde nie beobachtet Der lauf ist entsprechend dem andersgearteteten der grossknotigen m auch ein anderer. Wir haben bei dieser von der Cutis ausgehende, ır oder weniger erhabene Tumoren von runder, ovaler oder egelmässiger Gestalt, die haselnuss- bis walnussgross werden, sogar darüber hinaus sich ausbreiten können. Ihre Oberfläche meist flach, eine Veränderung des Epithels ist im Anfang nicht bemerken. Gemeinsam mit der ersten Form ist hier die Farbe lie allmähliche Umwandlung derselbeu in der weiteren Entwicklung

des papulösen Exanthems. Doch zeigt sich später eine Differenzier zwischen Zentrum u. Peripherie. Während diese weiterhin i starke Prominenz behält, feinste Schuppung hat u. auf Glasdruck ei intensiv gelblichbräunlichen Ton mit zahlreichen, kleinsten Fleckc aufweist, sinkt das Zentrum ein u. nimmt bläuliche Farbe an. M sieht viele erweiterte, kleinste Gefässe, bis die schon oben erwäh Abheilung in der einen oder anderen Weise erfolgt.

Wenn wir zur letzten, der diffus infiltrierenden Form komm so sei hier vor allem das mit den beiden vorhergehenden gemeinsa Merkmal hervorgehoben. Es sind das wieder die oben beschriebe gelben Fleckchen, oder, bei näherer Aneinanderdrückung derselb ein diffus gelblichbräunlicher Ton unter dem Glasspatel. Das Aussel des Krankheisherdes selbst ist insoferne verschieden, als man h unscharf begrenzte, anfangs rote, später rotbräunliche oder bläuli Verfärbung vor sich hat u. ihr entsprechend bei der Palpation der cutane Infiltrate fühlt, die sich nicht deutlich von der Umgebung abheb

Was das zeitliche Verhältnis dieser 3 Formen zu einan betrifft, so ist zu bemerken, dass die letzte Art ganz selten, eigentl fast nie allein vorkommt, meist hingegen in Verbindung mit ei der beiden andern. Doch ist es möglich, dass ein u. derselbe Patü Träger aller drei zuammen ist. Einen solchen Fall erwähnt z. *ALTMANN*. Sonst findet sich in der benützten Literatur hinsichtlich Beschreibung des macroscopischen Aspectes dieser Hautläsionen nic Abweichendes von dem bisher Geschilderten. Es fanden sich imm die erste oder zweite Form oder beide zusammen vor. In al den Fällen, die klinisch nicht ganz reine Bilder zeigten wie sie das B. S. typisch sind, oder wenn differentialdiagnostisch Zwe vorlagen, wurde die Diagnose » S. B. « offen gelassen u. bei Discussion resultierte als Ergebnis dann eine Differenz in Anschauungen.

Vergleichen wir mit dem eben geschilderten typischen Bild B. schen Sarcoids unseren Krankheitsfall, so lassen sich dabei Merkmale der ersten u. zweiten Form, feststellen, sodass die Diagn auf die desseminierte u. herdförmige Form des S. B. unzweifelh feststeht.

Neben dem Aussehen der Hautläsionen spielt für die Diagn die **Localisation** derselben eine grosse Rolle. Wie es für grosse Mehrzahl der verschiedenen Hautkrankheiten Lieblingsstel gibt, an denen sie sich zeigen, so ist auch beim B. schen Sarcoid Fall. Dasselbe tritt am häufigsten im Gesicht, an Nacken, Schult u. oberen Extremitäten auf, wenngleich, wie bei anderen Krankheit ein atypischer Sitz der Efflorescencen vorkommen kann. Ga selten ist natürlich dabei die Möglichkeit, dass die sonst bevorzug Stellen überhaupt nicht befallen sind, dafür aber eine oder mehr atypische. Einen solchen Fall haben *PAUTRIER* u. *ELIASCHE* beschrieben, bei dem gerade die characteristischen Regionen versch geblieben waren, hingegen ein disseminiertes Miliarlupoid den ganz

apf befallen hatte. Oder es sei der eines 21 jähr. Mädchens erwähnt, gestellt v. *BUSCHKE* in der Sitzung der Berl. Dermatol. Gesellsch. . 12. 23., bei dem die Efflorescencen über den ganzen Rumpf gebreitet waren. Häufiger ist die Anordnung, dass gleichzeitig an den Prädilectionsstellen sich befindlichen Affectionen solche n noch an selteneren sich zeigen. Es würde zu weit führen, alle Fälle anzuführen, bei denen auch die Unterschenkel, Nates u. se ergriffen wurden. Es sind dies verhältnismässig gar nicht wenige. en vielen anderen Autoren haben *WASSILOWA, ARNSSON* u. *ETE* solche beschrieben. Weit mehr verdienen Fälle unser resse, die eine ganz seltene, nur vereinzelt bisher beschriebene alisation zeigen, wie *SPIETHOFF* in einer Sitzung (7. 6. 25) mittel- tscher Dermatologen zu Jena einen Fall vorgestellt hat, bei dem B. S. in grossknotiger u. diffus infiltrierender Form auf dem ädeldache localisiert war. Ein Vorkommen auf der Schleimhaut, Boeck selbst es für möglich hält, stellt z. B. *LEWANDOWSKY* in ge. Doch kann B'. s Ansicht gestützt werden durch einen von *ISSILOWA* berichteten Casus einer 29j. Bäuerin, bei der neben ctionen an den oberen u. unteren Extremitäten solche auch noch harten Gaumen bestanden. In einem anderen, von *TAKEYA* geteilten Fall wies die Wangenschleimhaut einer 34 j. Frau rst Rauhheit u. Induration auf u. erst nach mehreren Monaten eine Induration an der Nasenwurzel hinzu.

Von Wichtigkeit dürfte es auch sein, was über diesen Punkt über die Bedeutung dieser Krankheit für die Rhino-Laryngologie Laryngologe *HVIDT*-Kopenhagen sagt. Er betont dabei, bes. mit cksicht auf die Differentialdiagnose, dass die Schleimhautaffection die primäre Manifestation dieser Erkrankung sein kann. Er einen Fall mit Affection der Nasenschleimhaut, Haut, glandula rimalis in histologischer Hinsicht eingehend untersucht u. gefunden, s eine bestimmte Analogie besteht zwischen dem microscopischen de der Haut u. demjenigen der Schleimhaut, in welchem er dieselben mente fand: Haufen von Epitheloidzellen mit Riesenzellen, ohne crose u. Zerfall. Er kommt zu dem Ergebnis, dass die Tonsillen das ganze lymphatische System sicherlich die Stellen sind, wo diese ankheit nicht selten zuerst zum Ausbruche kommt.— Ueberblicken nochmals kurz, was über die Localisation des B. schen Sarcoids der Literatur gesagt wird, so muss die Tatsache zugestanden rden, dass neben dem normalen Sitze an Nacken, Schultern, eren Extremitäten u. im Gesicht zweifelsohne schliesslich jeder rperregion vereinzelt Sitz dieser Hauterkrankung sein kann. tten wir bei unserem Patienten nach den bisherigen Gesichtspunkten Diagnose aufrecht erhalten können, so wird sie auch durch die calisation noch mehr erhärtet. Es kann die später hinzugekommene ection am Rücken als anormale Localisation sicherlich die Diagnose ht erschüttern. Der Fall selbst gewinnt durch diese nicht häufig sehene Localisation gewiss an Interesse.

Wenn bei der Beschreibung der einzelnen Formen des B. sch Miliarlupoids die Rede davon war, dass die Effloreszencen schubwei auftreten, so ist hierüber noch eine weitere Frage zu stellen bez zu klären, nämlich die, auf welchen Zeitraum sich die einzeln Schübe erstrecken, damit wir daraus für die ganze **Dauer** d B. schen Sarcoids Anhaltspunkte gewinnen können. Ein typisch Beispiel für den Ablauf der Krankheit, der als chronischer bezeichn werden muss, liefert uns auch der dieser Arbeit zu Grunde liegen Fall. Festgelegt in der Literatur sind Fälle von 1—2 monatlich Dauer, daneben aber auch fast ebenso häufig solche, bei welch der Krankheitsprozess durch 5, 6, oder 7 Jahre hindurch sich erstreck Als Höchstdauer der Krankheit findet sich in der zur Verfügu stehenden Literatur ein 15- jähriger Krankheitsverlauf bei ein Frau, die *STÜMPKE* der nordwestdeutsch. Vereinigung der Dermat logen in Hannover vorführte (Stzg v. 26. 3. 22.) Fast ebenso lan 14 Jahre, bestand die Erkrankung bei einer 41 jähr. Frau, d *TRIMBLE* in Beobachtung hatte Dieser langsame Ablauf, d häufigen, immer wiederkehrenden Recidive u. die bei einer Localisatio im Gesichte vorhandene Entstellung lassen die Erkrankung als läst bezeichnen. Diese Eigenschaft wird einigermassen dadurch gemilder dass das B.'sche Sarcoid keine Tendenz zu grösserer Ausbreitu zeigt u. subjectiv, abgesehen von zeitweiligem leichten Juckrei keinerlei Beschwerden verursacht. Sogar der schon früher erwähn Fall von *ALTMANN*, bei dem alle 3 Formen in ausgehntem Mass vorhanden waren, zeigte ein auffallend wenig gestörtes Allgemei befinden.

Doch nehmen nicht alle Fälle einen so normalen Verla dass nur die eine oder andere Hautpartie die geschilderte characteristischen Veränderungen aufweist. So können auc **Complicationen** in anderen Organen auftreten u. da sind es vo allem die Drüsen, die in Mitleidenschaft gezogen werden. Spielen i Symptomencomplex vieler Hauterkrankungen meist die regionäre Drüsengruppen eine wichtige Rolle, so ist es beim B. schen Sarco sehr leicht möglich, dass gerade diese frei bleiben, dafür ander entferntere erkranken. Als besondere Merkwürdigkeit kann da Befallensein von Speicheldrüsen in einem Fall von *BEHRIN* angeführt werden. *BRUUSGARD* beobachtete in 5 Fällen dreim Vergrösserung der Lymphdrüsen, auch nicht regionärer. *STRAN BERG* stellte bei einer 20 j. Frau mit B. schem Sarcoid Schwellun der retroauriculären Drüsen, Schwellung u. Verhärtung der Paro u. Mammae fest. Als wichtig wurde hier festgestellt, dass da histologische Bild der Drüsen genau dem der erkrankten Hautpartie entsprach. Miterkrankung sämtlicher Lymphdrüsen, wobei die tiefe femoralen taubenei-gross waren, konnte auch *WEIDMAN* beobachten. Und als letztes Beispiel sei eine leichte Schwellung de submaxillaren u. inquinalen Drüsen bei Localisation der Hautaffectio auf beiden Wangen angeführt *(SCHAUMANN)*.

Ueber die Zeit des Auftretens der Lymphdrüsencomplicationen
len in der Literatur die Angaben; es lässt sich deshalb auch kein
nluss ziehen, ob das S. B. die Lymphdrüsenveränderungen bedingt
er ob umgekehrt von den Lymphdrüsen aus eine Verschleppung
n Infectionsmaterial die Hauterscheinungen veranlasst. Schwierig
auch der Beweis zu erbringen, ob Lymphdrüsen u. Hautaffection
erhaupt in directer aetiologischer Beziehung miteinander stehen.

Als eine weitere Complication des S. B. sei dann die
locyclitis erwähnt, die *BR. BLOCH* in 5 von 20 aus der Literatur
ammengestellten Fällen feststellten konnte. *EHRMANN* konstatierte
einem generalisierten B. schen Sarcoid eine chronische Iridocyclitis
WEIDMANN bei einem Neger Keratitis interstitialis u. Iritis.
eitere Fälle lassen sich in der Literatur nicht nachweisen.
enso dürfte auch *DARIER's* Anschauung, dass Milzschwellung bei
ist normalem Blutbilde vorkommen könnte, ziemlich vereinzelt in
Literatur dastehen. *LEWANDOWSKY* beschreibt einen Fall,
neben Schwellung der Lymph- u. Speicheldrüsen auch eine
rgrösserung der Milz aufwies; doch weist er besonders darauf
, dass die Milzschwellung in diesem Falle nicht mit dem Lupoid
Zusammenhang stand, sondern Folge einer acuten Allgemein-
rankung war. Alz letzte Complicationen seien die des Knochen-
tems erwähnt, welche sich nach *MOROSOFF* in Form von
dweise auftretendem Knochenschwund äussern. Dieselben Ver-
lerungen finden sich in der Literatur auch bei Lupus pernio
vähnt, den ja *ZIELER* als indentisch mit dem B. schen Sarcoid
lärt. Es seien einige Beispiele angeführt, wie ein Fall von
TMANN, bei dem das Röntgenbild Knochenveränderungen osteo-
stischer, osteoplastischer und osteosclerotischer Natur an ver-
iedenen Handknochen zeigte. Ich möchte dann auf *VOLK*
weisen, der in der Sitzung der Wiener Dermatolog. Gesellschaft
27. 1. 21.) einen Fall demonstrierte, welcher Knochenveränderungen
n Typus Ostitis cystica tuberculosa an Finger- u. Zehenknochen
eine, vermutlich tuberculöse, Auftreibung am Sternalrande der
k. Rippe aufwies. *VOLK* ist es auch, der auf Grund gesammelten
ntgenmaterials von B. schen Sarcoid u. Knochenveränderungen
se in ein Schema einreiht u. 2 Hauptarten unterscheidet. Bei
einen bestehen Auftreibungen u. leichte Usuren der Knochen-
ticalis, die entweder zusammen mit Weichteilschwellungen oder
ständig u. unabhängig von dieser auftreten können. Bei der
eiten Art kommt es an den Händen u. Füssen zur weitmaschigen
efication eines grossen Teiles oder des ganzen Knochens, sodass
wabiger Bau entsteht u. die Compacta verschmälert ist.
rchbrüche durch dieselbe hat *VOLK* nie beobachtet. Daneben
d er an Meta- u. epiphysen hirsekorn- bis kirschkern-grosse
hlräume mit teilweise vollkommen scharf abgesetztem Rande, ohne
gesprochene Verdickung desselben. Die Gelenke bleiben oft
ge intact. Die Entwiklung ist eine allmähliche, oft unter qälendem

u. bohrendem Schmerz. Bei Ausheilung resultiert nicht selte Verbildung, aber auch restitutio ad integrum. Diese Knochen veränderungen sind, um es nochmals zu wiederholen, selbst sel vereinzelte Complicationen dieser an u. für sich seltenen Erkrankun

Das schon erwähnte Vorkommen ähnlicher pathologische Processe beim Lupus pernio lenkt unsere Aufmerksamkeit vo selbst auf das Gebiet der **Differentialdiagnose.** Dieses würd aber zu einseitig behandelt, wenn wir dabei nicht auch da **histologische** hereinbeziehen würden. Auf letzteres hat Boec selbst den grösten Wert gelegt u. es als specifisch für die vo ihm beschriebene Krankheit bezeichnet. Er hat für seine Anschauun nicht die Zustimmung aller Fachmänner gefunden. Darüber so weiter unten noch gesprochen werden. Vorerst sei festgelegt, wa im microscopischen Bilde als Norm für das benigne Miliarlupoi B. anzusprechen ist. Es sind dies cutan gelagerte, scharf umschrieben Epitheloidzellenherde von kreisrunder, ovaler oder strangförmige Anordnung, die Herde enthalten Epitheloidzellen mit breite Protoplasma u. Zellen von bindegewebiger Structur. Dazu komme noch Riesenzellen, von Fall zu Fall in ihrer Anzahl wechselnd; i überwiegend grössten Teile der Fälle dagegen fehlen Lymphocyte Plasma- u. Mastzellen. Die Infiltrate findet man meist im Verla von Gefässen, bes. Venen, sodass man an eine (tuberculöse) Phlebiti bezw. Periphlebitis denkt. Nicht selten sind diese Blutgefäss innerhalb der Zellcomplexe gefunden worden. Die Gefässe selbst zeige meist eine Erweiterung mit freiem Lumen u. ohne Intimawucherun Somit scheint es sich um einen im perivasculären Lymphrau beginnenden, nach der Umgebung sich ausbreitenden, das umgebend Bindegewebe verdrängenden pathologischen Process zu handel ohne Necrose im Zentrum. Wenn wir uns fragen, ob Boeck m seiner stricten Ansicht recht hat, dass nur bei » seinem « Sarcoi dieser microscopische Befund sich darbietet, so müssen wir mi Nein! antworten; denn auch beim Lupus pernio u. Erythem induratum sehen wir dieselben Epitheloidzellen-complexe, nur das sie hier mehr in der Subcutis sich finden. Auch ihr Verhältn zum Gefässverlauf ist ein ähnliches, ebenso wie ihre Formatio die gleiche ist. Ein kleiner Unterschied besteht nur darin, das die Epitheloidzellen selbst innerhalb der Zellhaufen bei Lupus perni u. Erythema indurat. grösser sind. Aus diesen Grüngen sind dies beiden, zum Vergleiche herangezogenen Hauterkrankungen als fa identisch mit dem S. B. bezeichnen. Und nicht einmal einer echte Hauttuberculose, dem Lupus vulgaris, gegenüber lässt sich B. Behauptung aufrecht erhalten. Auch diese Hautaffection kann nac den Erfahrungen *LEWANDOWSKY's* und *KYRLE's* ähnlich histologische Bilder zeigen, obwohl hier die Infiltrate meist reichliche Lymphocyten enthalten. Ferner kann die tuberculide Form d Lepra, auf die *JADASSOHN* als erster aufmerksam gemacht hat, nebe dem klinischen Bilde auch histologisch dem Lupus sehr ähnlich sei

letzt ist es auch nicht ohne Bedeutung, auf histologisch ähnne Bilder bei Syphilis hinzuweisen. *GANS* beispielsweise steht dem Standpunkt, dass grundsätzlich der histologische Aufbau Lues, Lepra und Tuberkulose gleichartiger Natur ist. Es ist o beim B.'schen Sarcoid der microscopische Befund, abgesehen m Lupus pernio und Erythema indurat. sowie Lupus vulgaris ch gegen einen solchen bei Lepra und Lues abzuwerten, was grosse Schwierigkeiten bereitet. Hier muss dann eben bei eifelhaften Fällen der Bacillennachweis erbracht werden, der bei pra nicht selten gelungen ist. Und bei Lues kann man durch ologische Methoden, bei Lupus durch diascopische Untersuchungen Erkrankung in diagnotischer Hinsicht abgrenzen. Das histologische ld beim B.'schen Sarcoid ist also nicht spezifisch für diese Erankung, kann aber im Verein mit den klinischen Erscheinungen ser Krankheit die Diagnose wohl befestigen, wie es zweifelsohne unserem speziellen Falle möglich ist.

Von grossem Interesse u. nicht zu unterschätzender Bedeutung ferner noch die Frage nach der **Aetiologie** des B. schen rcoids. Bisher konnte in Schnitten der Nachweis von Tuberkelcillen nicht erbracht werden (mit Ausnahme eines atypischen lles von *DARIER*); auch andere Methoden zur Ergründung des sammenhanges des Miliarlupoids mit Tuberculose, wie Tierpfungen, Tuberculinproben lieferten negative Resultate. Die meisten tienten boten keinerlei Anhaltspunkte für einen gleichzeitig an andeer Körperstelle vorhandenen tuberculösen Prozess. All das mag vielcht viele Autoren veranlasst haben, Tuberkulose als Ausgangspunkt r B. schen Krankheit zu verneinen und nach anderen aetiologischen omenten zu suchen. Es können für diesen ablehnenden Standpunkt greiflicherweise Erfahrungen bestimmend sein, wie sie beispielsweise *RUUSGARD* an 5 von ihm beobachteten Fällen gemacht hat; er nnte bei diesen keinerlei Zusammenhang mit Tuberkulose feststellen: e Organ — Tbc., nie Herdreaction auf Tuberkulin, nur negative ierversuche. Auch *RISCHIN* hält einen causalen Connex zwischen B. u. Tuberculose für unwahrscheinlich u. glaubt eher an einen ezifischen Erreger. Ebenso hält *ZIELER* das B. S. nicht für berkulös u. bezeichnet es als eine von der Tuberculose vollständg zu trennende Hauterkrankung. Nicht wenige Forscher sprechen ch dafür aus, so u. a. *LUTZ*, dass die Aetiologie des benignen iliarlupoids verschiedener Natur sei, dass beispielsweise subcutane jektionen von Hg., Morphium oder As. durch ihren Reiz auf das ngebende Gewebe die Enstehung eines Sarcoids begünstigen ev. rekt veranlassen. *MICHELSOHN* beschreibt einen Fall eines B. hen Sarkoids, das sich auf einer tätowierten Hautstelle (Arm) ldete u. sieht das Irritans der Hautaffection in der eingeätzten arbe, worin ihm *OPPENHEIM* zustimmt. Dieser nimmt einen vertelnden Standpukt zwischen den vollständigen Verneinern der berkulösen Aetiologie des Miliarlupoids B. u. deren Antipoden n. Er gibt einerseits die Möglichkeit einer tuberculösen Grundlage

zu, lehnt sie aber auf der Sitzg. der Wiener Dermatolog. Gesell
schaft vom 27. 1. 21. als alleinige Ursache ab. Er vertritt die An
schauung, dass Disponierte auf Fremdkörper verschiedenster A
— unter die er eben auch die Tuberkelbazillen einreiht — mit Bildun
von Sarcoid oder Lupoid antworten können. Man kann aber noc
weitergehen bis zu der Möglichkeit, dass Tuberculose u. Fremdkörpe
gleichzeitig nebeneinander bestehen, u. zwar in der Art u. Weis
dass das Ausschlaggebende, causale Moment die Tuberculose is
An einer, durch irgendwelche Fremdkörper in Reizzustand versetzte
Hautstelle als an einem lokus minoris resistentiae manifestie
sie sich dann in Form eines Lupoids oder Sarkoids. In ähnliche
Weise äussert sich *VOLK*, der beim Miliarlupoid eine, freilich seh
abgeschwächte Form einer allgemeinen Tuberkulose annimmt, be
welcher die Einwirkung irgend einer Noxe zu dem characteristiche
Bilde des S. B. führt, gewissermassen als Ausdruck eines beson
deren Reactionstypuses solcher Individuen. Er schliesst die Möglich
keit nicht aus, dass diese Reaktionsänderung ev. auch durch ande
Ursache, wie Lues bedingt sein kann. Die manchmal unspezifisch
posit. Wa. R. beim B. schen Sarkoid scheint auf einen allgemeine
Prozess hinzudeuten, bei dem Eiweisskörper und bes. Lipoide wesent
liche Verschiebungen erleiden.

Nebenbei bemerkt, sind diese Beziehungen zwischen Sarcoi
und Aenderung der Zusammensetzung der Blutbestandteile (Toxinel
nach *DE BELLA* nicht ungewöhnlich und wurden bereits vo
SCHAUMANN, *NANTE*, insbesondere aber von *BOSELLINI* un
PAUTRIER angenommen, welch letztere auf Grund ihrer Erfahr
ungen zu der Anschauung kamen, dass die Sarcoidtypen von B
und Darier-Rouzy als Hautmanifestationen mit wahrscheinlich mul
tipler Aetiologie (Lues, Tuberkulose) gedeutet werden müssten
Doch neigt *SCHAUMANN* später dazu, den Lupus pernio, den e
hinsichtlich der Pathogenese und möglicherweise auch der Aetiologi
als mit dem B. S. und dem benignen Lymphogranulom identisch
hinstellt, als tuberkulöse Erkrankung anzuerkennen. Er vertra
diesen Standpunkt auch auf dem 5. Kongress der Nord. Dermatolog
Vereinigg. in Stockholm (6.—8. 6. 22.)

Mit der Identifizierung von S. B. und Lupus pernio steht abe
SCHAUMANN nicht allein; auch *GANS* teilt hierin seine Meinung
Bei einem schon mehrere Jahre bestehenden Falle von Lupus perni
ist ihm der Impfversuch an Meerschweinchen gelungen: 4 Woche
nach der Impfung inqinale Drüsenschwellungen; bei Tötung de
Tieres nach weiteren 3 Wochen tuberculöse Knötchen in Milz un
Leber. In den Ausstrichpräparaten dieser Organe fanden sic
Tuberkelbacillen. Klinisch und histologisch war die Diagnose ein
deutig. Erwähnenswert waren dabei noch endarteriitische Verände
rungen an den Cutisgefässen und Knochenveränderungen, welch
einen uncharacteristischen, chronisch-entzündlichen Charakter hatte
GANS führt den selten gelingenden Nachweis von Tubercelbazille
auf deren geringe Anzahl im Krankheitsherde, und den meist ne

ven Ausfall der Tuberculinreaction auf den hohen Antikörper-
alt des Körpers zurück. Neben *GANS* hält auch *MARTENSTEIN*
B. und Lupus pernio für tuberculöse Erkrankungen und ihre
entümlichen klinischen und histologischen Bilder durch eine
ondere Reaction des Organismus bedingt. So ist nach seiner
icht die negat. Tuberculinprobe auf positive Anergie zurück-
ihren, die bei einer Reihe von Fällen auch durch reichlichen
alt von Anticutinen erkennbar ist. Nach seiner Anschauung
nen diese aber auch in der Haut enthalten sein und werden
t später in das Serum abgegeben. Jedenfalls konnte er Pro- und
i-cutine nachweisen, wodurch die tuberculöse Aetologie von
us pernio und S. B. eine Stütze gewinnt. *MARTENSTEIN*
zur Aufklärung dieser Frage nach der Methode *PICKERT*
LÖWENSTEIN Versuche gemacht. Diese hatten gefunden,
s das Serum von Tuberculösen, welche gegen hohe Dosen
tubercuculin oder Tubercelbacillen-Emulsion unempfindlich sind,
n Vermischen mit Tuberculin die Pirqetsche Reaction abschwächte,
von 3 Kranken mit B. S. die Reaction verstärkte. Einer Deutung
ner Befunde hat sich *MARTENSTEIN* bei der geringen Zahl
ner Fälle enthalten.

Vollständige Uebereinstimmung des S. B. mit dem Lupus
nio nimmt *ZIELER* an; er spricht von der B.'schen Krankheit
dem eigentlichen Lupus pernio. Seiner Ansicht nach stellt dieser
gleiche Krankheitsbild dar wie die „diffus infiltrierende Form"
S. B. *ZIELER* zeigte auf der Versammlung südwestdeutscher
rmatologen in Würzburg (5. —6. Okt. 24.) 3 Fälle, von denen
lie Form des Lupus pernio, einer die des B. S. hatte; eine
arfe Trennung war unmöglich. *ZIELER* wies bei dieser Gele-
nheit darauf hin, dass, wenn auch in der grossen Mehrzahl
Fälle jeder Anhaltspunkt für Beziehungen zur Tuberculose
le, neuerdings doch einige Fälle beschrieben worden seien, bei
nen eine solche vorgelegen habe. So bestanden bei einer 29jähr.
uerin mit S. B. neben typischen Veränderungen an Hand- und
ssknochen Vergrösserung oer Bronchialdrüsen und Apicitis tuber-
osa. Pirqet war anfangs negativ, später schwach positiv.
ASSILOWA.) *MARTENSTEIN* führte am 28. 5. 24. auf der
zung der schlesischen Dermatol. Gesellschaft ein Miliarlupoid
, bei dessen Träger sich allmählich Beschwerden in der lk. Hüfte
m Gehen einstellten, die immer zunahmen. Röntgendurchleuchtung
ab Tuberculose des Femurkopfes. Und in 5 Fällen von bestimmt
erculöser Jridocyclitis beobachtete *FARANGE BRUYEL* ein
ichzeitiges Vorkommen von S. B. und fügt dem hinzu: diese
erculösen Jridocyclitiden wiesen auf die gleiche Ursache beim
B. hin.

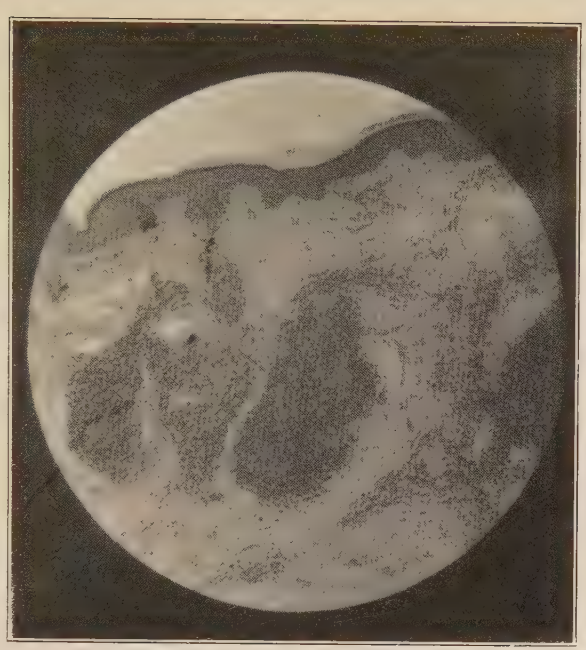
Um nochmals auf *ZIELER* zurückzukommen, so berichtete
ser auf der schon erwähnten Würzburger Tagung über einen
iteren Fall von S. B. ohne besondere Reaction auf Alttuberculin
normalem Lungenbefund. Als sich einige Jahre später bei dem

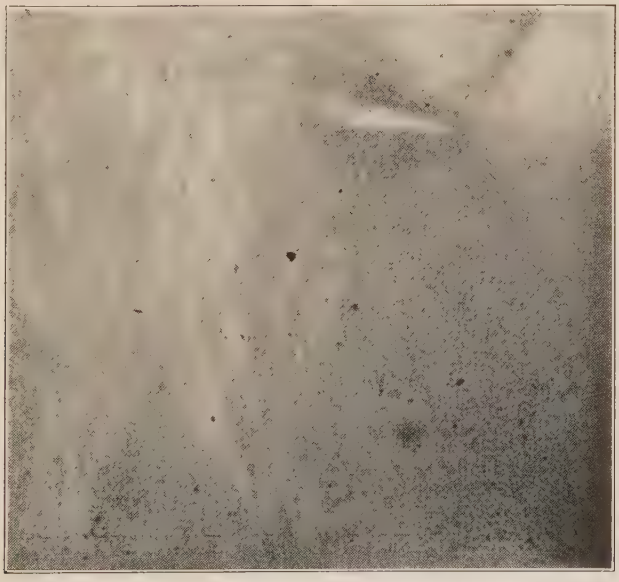
gleichen Patienten eine chronische Lungentuberculose entwickelte, zeigte sich eine hochgradige Reaction auf A. T. Dabei drängt sich die Frage auf, ob man bei Patienten mit S. B., die einerseits negative Resultate im Tierversuch, negative Tuberculinreaction und negativen Tubercelbacillenbefund im microscop. Schnitt aufweisen, andererseits auch sonst keine Stütze für eine vorhandene Tuberculose darbieten, nicht auf andere Weise wenigstens den Verdacht auf Tuberculose begründen könnte. In solchen Fällen kann vielleicht die genaue familiäre wie persönliche Anamnese behilflich sein, die auch bei Organtuberculosen meist von grösster Wichtigkeit ist. So kann früher ein tuberculöser Process vorhanden gewesen sein, der nun abgeheilt ist und als Ausläufer das S. B. zeitigt oder es kann irgendwo im Organismus eine mit keiner Methode feststellbare Tuberkulose von noch geringer Ausdehnung bestehen, die sich einzig und allein in Form eines Sarcoids manifestiert; oder es ist das Miliarlupoid ein Prodrom dieser Tuberculose, die dann erst später offen und erkennbar in Erscheinung tritt. Es mag auch in directer Ascendenz Tuberculose vorgelegen haben, die sich dann auf den Nachkommen in einer Widerstandsschwäche gegen Tubercelbacillen vererbte. Wie es ebenfalls nicht ausgeschlossen ist, dass ein Tuberculöser die übrigen Familienmitglieder inficiert und bei diesen sich die Erkrankung erst sehr spät oder vielleicht nur in leichter, unauffälliger Form zeigt. Es lassen sich diese Möglichkeiten sehr wohl mit Beispielen belegen, deren eines eine 23j. Frau mit S. B. ist, die 10 Jahre vor ihrer jetzigen Erkrankung an Drüsentuberculose litt *(ABRAMOWITZ.)* In ähnlicher Weise lässt sich hier ein Fall von *SAVATARD* verwerten, dessen Anamnese 9 Jahre vor der Erkrankung mit Miliarlupoid einen Lupus des Gesichts verzeichnet, der durch Tiefentherapie geheilt wurde. Bei einem Patienten von *SPIETHOF* mit B. S. auf dem Schädeldache begann der Prozess vor 12 Jahren, als der Kranke in einer Lungenheilstätte sich befand. Für die, bei einem B.'schen Sarcoid erst später auftretende Tuberculose soll als Beispiel ein 17jähr. Dienstmädchen genannt werden, das, nach *MICHALIK*, mit einwandfreier klinischer und histologischer Diagnose eines S. B. in Form von reichlichen, kleinknotigen Efflorescenzen nach $1^1/_2$jährigen Krankenhausaufenthalte starb und dessen Section tuberculöse Halsdrüsen und Lungen ergab. *BUTLER* gibt bei einem 50jähr. Mann, dessen Erkrankung an B.'schen Sarcoid ein Scrophuloderm nach Halsdrüsenvergrösserung voran ging, in der Familienanamnese an, dass dessen 2 Schwestern an Tuberculose gestorben sind. In ähnlicher Weise führt *ARNDT* in der Berliner Dermatol. Gesellschaft am 12. 6. 23 einen an S. B. Erkrankten vor, dessen Vater ebenfalls der Tuberculose zum Opfer fiel. Es mögen solche Fälle, wenn auch vorsichtig, doch allenfalls zur ev. Klärung des Zusammenhanges zwischen Sarcoid und Tuberculose herangezogen werden. So ist es auch bei der 38jähr. Patientin, die wegen eines B.'schen Sarcoids in *BIBERSTEINS* Beobachtung stand und deren Gatte

ner Lungen und Larynxtuberculose erlag. Bei dem engen Zu-
mmenleben der Ehegatten ist es nicht unwahrscheinlich, dass auch
e Frau von ihres Mannes Krankheit nicht unberührt blieb und
r Zeit ihrer Erkrankung an Lupoid schon den Keim der Tuber-
lose in sich trug. Auch sollen hiebei nicht jene Fälle vergessen
in, in denen die mit der B.'schen Krankheit Behafteten über die
odesursache ihrer Angehörigen keinerlei Angaben machen können,
i sie sich zur Zeit des Ablebens von Eltern oder Geschwistern
elleicht noch im unverständigen Kindesalter befanden. Und da-
rch sind möglicherweise noch viele Todesfälle an Tuberculose
r schriftlichen Niederlegung in der Vorgeschichte eines S. B.
ntzogen worden.

Bevor wir zum letzten Abschnitte unserer Abhandlung, der
nerapie, übergehen, sei noch kurz der **Prognose** Erwähnung
etan, Soweit es sich nicht um Fälle mit Complicationen oder
erschlimmerungen durch ein gleichzeitig bestehendes, anderes
eiden handelt, ist die Prognose durchwegs als günstig zu bezeichnen.
bgesehen von der entstellenden Localisation im Gesichte und der
ngen Dauer der Krankheit lassen die geringe Ausbreitungstendenz,
r Sitz an nicht lebenswichtigen Körperorganen, ihre Neigung zu
ontanheilung und nicht zuletzt ihre medicamentöse Beeinflussbar-
eit die B.'sche Erkrankung als eine gutartige bezeichnen. Unter
en Mitteln, die das B.'sche Miliarlupoid im günstigen Falle beein-
ussen, ist in erster Linie das Arsen zu nennen, dem zahlreiche
eilerfolge zu verdanken sind. Von manchen Autoren ist eine
eilwirkung des Arsen geleugnet bezw. eng begrenzt worden. Aber
re Zahl ist gegenüber denen, die gute Resultate damit erzielten,
der überwiegenden Minderheit. Es ist ja möglich, dass eine
rankheit auf die gebräuchliche Therapie nicht reagiert. Es sind
es aber Ausnahmen, die vielleicht in gewissen Eigentümlichkeiten
es betreffenden Organismus begründet sind. So zeigte ein von
INNERUD beschriebener Fall von S. B. in Combination mit
eichzeitigen Sarcoid Darier-Rouzy auf As keine Dauerheilung;
n Patient von *LEVIN* gesundete erst durch Zerstörung der
rankheitsherde durch Endothermie, nachdem alle Heilungsversuche
it As., Tuberculin, Terpentin und Trichloressigsäure gescheitert
aren. *FISCHER* berichtete in der Sitzung der Berl. Dermatolog.
esellschaft v. 13. 3. 23. über eine gegenteilige Wirkung, über
usbreitung der Affection im Gesicht. Wenn wir aber diesen Miss-
folgen die Mitteilungen über raschen Rückgang der Efflorescenzen
f As-Darreichung gegenüberstellen, die weitaus die Regel sind,
dürfte dem Arsen in der Behandlung des B.'schen Sarcoids
ohl eine dominierende Rolle zuerkannt werden. In dem Falle
TRANDBERG's, welcher mit retroauriculärer Drüsenschwellung,
hwellung und Verhärtung der Parotis und Mamae combiniert
ar, erfolgte auf As.-Verabreichung Rückbildung aller Symptome.
RNDT sah durch die As.-Therapie den Erkrankungszustand
esentlich gebessert. *BUTLER* beobachtete bei Anwendung des

gleichen Mittels langsame Involution der erkrankten Hautstellen; *KLAUDER* erzielte bei einem 22jähr. Patienten nach 2-monatlicher Darreichung von Sol. Fowleri Heilung. Am deutlichsten zeigte sich die Wirkung sicherlich bei einem von *MICHELL* behandelten Kranken, der regelmässig 3 mal, als die Abgabe von Pilul. Asiatic. ausgesetzt wurde, Recidive bekam, die aber verschwanden, sobald die Kur mit diesem As.-Präparat wieder einsetzte. Doch soll durch diese Wirkung des Arsens nicht eine Restitutionsmöglichkeit der Krankheitsherde durch andere Therapeutica, wie Röntgenbestrahlung, Tuberculin und Salvarsan ausgeschlossen werden. Als Beweise hiefür können dienen: *GROUVEN's* Erfolg bei einem S. B. mit Alttuberculin und Röntgenbestrahlung; ferner *ROSTENBERG's* 19jähr. Patientin, die durch Röntgenbestrahlung und Natr. cacodylicum-Einspritzungen von ihrer Krankheit befreit wurde; dann *LESZCZINSKY's* Vorgehen mit Neosalvarsan und Schwefelzinnober-Salbe, das von Erfolg gekrönt war; und nicht zuletzt die Rückbildung der Erscheinungen durch Salvarsantherapie in einem von *WIRZ* behandelten Falle, wie auch *FALKENSTEIN* Erfolge von Röntgenbestrahlung und Arsen sah. Noch mehr ähnliche Fälle zu bringen würde zu weit führen. Auf eine auffallende Beobachtung bei unserem Falle sei aber ausserdem noch hingewiesen. Am 8. 5. 26. wurde dem Patienten zur histologischen Untersuchung ein kleines Hautstückchen aus einem Krankheitsherd der lk. Schläfe excidiert. Als der Kranke nach 8 Tagen wieder sich vorstellte, ergab sich die merkwürdige Tatsache, dass der Erkrankungsherd, aus dem in der oberen Partie excidiert worden war, nur noch ganz minimal infiltriert war; das Colorit unterschied sich nur noch durch eine leicht braunrote Färbung von der Umgebung. Aehnliche Beobachtungen der Rückbildung bezw. völligen Verschwindens solcher Krankheitsherde nach Probeexcisionen sind auch schon beim Granuloma annulare gemacht worden. Auch bei den Warzen sind ähnliche Vorgänge längst bekannt. Ueber einen derartigen Rückbildungsprocess bei malignen Tumoren berichtet *MÜLLER*, der an 3 Fällen von Beckensarcom, Myxosarcom und einem Enchondrom Aehnliches sah. In der operativen Behandlung war die radicale Entfernung der Tumoren nicht gelungen. Trotz infauster Prognose war nach jahrelanger Beobachtungszeit das Resultat als eine tatsächliche Dauerheilung zu bezeichnen. Den Grund sieht *MÜLLER* in dem einen Falle in dem starken Blutverluste oder in einer Autoinfection durch Eiweisszerfallsproducte, in dem anderen Falle in einer stark einsetzenden Eiterung. *MÜLLER* gibt solche Vorgänge auch bei benignen Geschwülsten zu, wie er sie bei Osteomen und Enchondromen beobachtet hatte. Er glaubt ferner an die Möglichkeit einer dauernden Rückbildung. Es kann somit als feststehende Tatsache gelten, dass sowohl durch mechanische als auch chemische oder entzündliche Noxen Tumoren teilweise oder ausgedehnte Rückbildung erfahren können. Bei der verhältnismässigen Seltenheit dieser Processe verdient in unserem Falle der Rückgang des Infil-





es sowie Farbtonveränderung des betreffenden Krankheitsherdes so mehr unser Interesse. Zum Schluss sei auch noch kurz der ntanen Abheilung der Hautaffecte beim S. B. Erwähnung getan. ıt selten wechselt das Verschwinden von Krankheitsherden mit ı Auftreten neuer Nachschübe ab. In der zur Verfügung stehenden ratur sind sehr viele Fälle beschrieben worden, die ohne jede apeutische Massnahme spontan abheilten, Sie alle einzeln anihren, würde zuviel Raum beanspruchen. Es sei nur noch die glichkeit vermerkt, dass viele Patienten mit leichten Erscheinungsnen des B.'schen Sarcoids, die eventuell nach kurzer Zeit von st abheilten, überhaupt ärztliche Hilfe nicht in Anspruch nahmen, al subjektive Beschwerden in den meisten Fällen fehlten oder unbedeutend waren.

C.) ZUSAMMENFASSUNG.

Wenn wir das über das S. B. Gesagte auf unseren speziellen anwenden, so können wir die Diagnose des benignen Miliarids Boeck wohl stellen. Wir fanden bei unserem Patienten die nknotige und herdförmige Form der B.'schen Erkrankung vor. ch die Localisation der Efflorescenzen ist eine typische, nicht der ihr schubweises Auftreten und ihre Recidive. Das Fehlen Bacillen im microscopischen Schnitt sowie das negative Resuldes Tierversuches übertragen den Character eines Tuberculids unseren Krankheitsfall. Was den Fall über das gewöhnliche eresse an einem S. B. hinaushebt, ist die Rückbildung des ankheitsherdes an der lk. Schläfe nach der vorgenommenen obeexzision und die Hautaffection am Rücken, die durch ihre, bei schen Krankheit sonst seltenen Localisation beachtenswert ist. - die häufige spontane Abheilung beim Miliarlupoid B. bietet der ect am Rüchen einen besonderen Beleg.

Das Boecksche Sarcoid selbst haben wir nach dem Gesagten selbständige Krankheit mit typischen, klinischen Bildern aufzufassen. ch sein Verlauf ist ein characteristisch, chronischer, bedingt durch s schubweise Auftreten und Verschwinden der Efflorescenzen. ese können durch ihre häufigen Recidive der Erkrankung oft e lange Dauer verleihen. Complicationen mit Drüsen und Knochen d zwar nicht die Norm, können aber den Krankheitszustand rschlimmern. Subjective Beschwerden sind beim Sarcoid meist nur ring. Durch seine geringe Tendenz zu grösserer Ausbreitung ist als eine Erkrankung benigner Natur zu bezeichnen. Das histologische d ist zwar nicht typisch für das S. B. allein, wohl aber im Verein t den sonstigen klinischen Symtomen für die Diagnose verwertbar. r meist negative Tierversuch vowie die im microscopischen Schnitt ht nachgewiesenen Tubercelbacillen mögen eine Eingruppierung ter die Tuberculide wohl befürworten. Da diese Momente aber e z. B. beim Erythema induratum in einer Anergie des Körpers d in einer spärlichen Anzahl der Tubercelbacillen im Krankheitsherde

liegen können, so ist es nicht unmöglich, dass die echten Haut tuberculosen aus der Reihe der bisher zu den Tuberculiden gerechneten Hautaffection eine Vermehrung erfahren durch das Sarcoid Boeck Denn in vielen Fällen liess sich neben dieser Hauterkrankung auch eine anderweitige Tuberculose feststellen. Damit wäre auch hinsichtlich des Lupus pernio die Zugehörigkeit zu den Hauttuberculosen festgelegt Die bei Lupus pernio wie beim B. schen Sarcoid in ähnlicher Weise vorkommenden Knochencomplicationen sowie die Aehnlichkeit der microscopischen Bilder haben, bes. nach *ZIELER*, zu einer Jndentifizierung dieser beiden Krankheiten geführt. Wir dürften nicht fehl gehen, wenn wir **das Sarcoid Boeck indentisch mit dem Lupus pernio** erklären **und** es als **eine, der Tuberculose nahestehende Hautaffection von benignem, chronischem Character** auffassen.

Literatur.

ELER-JACOBI, Lehrbuch und Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten. (Berlin 1924).

ECKE, E., Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten (Jena 1916).

WANDOWSKY, F., Die Tuberculose der Haut. (Berlin 1916).

ÜHWALD, R., Kurzgefasstes Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. (Leipzig 1925).

RLE, Histo-biologie der menschlichen Haut u. ihrer Erkrankungen. (Wien und Berlin 1925).

NS, O., Histologie der Hautkrankheiten. (Berlin 1925).

hiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. 147 (Berlin 1924 — *MARTENSTEIN*).

„ „ „ und „ Bd. 138 (Berlin 1922 — *VOLK*).

„ „ „ und „ Bd. 135 (Berlin 1921 — *ALTMANN, LEWANDOWSKY*).

„ „ „ und „ Bd. 131 (Berlin 1921 — *KYRLE*).

„ „ Klinische Chirurgie . . . . . Bd. 118 (Berlin 1921 — *W. MÜLLER*)

ntralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, sowie deren enzgebiete. Bd. 1—18. (Berlin 1921—1926).

Lebenslauf.

Ich, Josef Forster, wurde geboren am 7. 3. 93. in Vilsbiburg als Sohn der Bäckermeisterseheleute Josef und Karolina Forster (geb. Lechner). Nach 4-jährigem Volksschulbesuch trat ich 190[illegible] in das humanistische Gymnasium zu Metten ein, das ich 191[illegible] abvolvierte. An der Hochschule München studierte ich Medizin vom W. S. 1912/13 bis einschliesslich S. S. 1914, und leistete hierauf vom 1. August 14 bis 31. 12. 18. Militär- und Kriegsdienst sowohl bei der Truppe als auch bei Sanitätsformationen. Nach Besuch eines Kriegskurses im Jahre 1917 in Würzburg legte ich dort die Zwischenprüfung ab. Nach Entlassung aus dem Heeresdienst nahm ich mein Studium wieder auf und beendete es durch das Staatsexamen in München. Von da ab war ich, einige Unterbrechungen von kürzerer Dauer abgesehen — bis 1. Mai 1926 bei verschiedenen pract. Aerzten sowohl in Stadt- als auch in Landpraxis als Assistent bezw. Vertreter tätig.

Zum Schlusse möchte ich mich noch einer ehrenvollen Pflicht
edigen, indem ich dem Leiter der Erlanger Hautklinik, Herrn
of. Dr. L. Hauck meinen herzlichsten Dank zum Ausdrucke
ge, einerseits für die gütigste Überlassung des Themas zu vor-
ender Arbeit, andererseits für die wertvollen Hinweise und
schläge bei Ausführung derselben.

Nicht minder aufrichtig sei auch mein Dank dem Vorstande
Anatomischen Instituts Erlangen, Herrn Prof. Haselwander
enüber für seine grosse Mühewaltung und sein liebenswürdigstes
gegenkommen bei der photographischen Reproduction der micros-
hen Bilder.